

## KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU BAŞVURU FORMU

<b>Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri</b>			
<b>Adı:</b>		<b>Soyadı:</b>	
<b>T.C. Kimlik Numarası:</b>		<b>Cep Telefonu:</b>	
<b>E-Posta Adresi:</b> (Belirttiğiniz takdirde size daha hızlı geri dönüş sağlayacağız)		<b>Ev Telefonu:</b>	
<b>Adres:</b>			
<b>Lütfen Derma Sağlık Hizmetleri Turizm Ticaret Pazarlama Sanayi Limited Şirketi İle İlişkinizi Belirtiniz:</b> (Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar vb gibi)			
<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Ürün veya Hizmet Alan Kişi (İşlem, Uygulama Yaptıran, Tedavi Gören Kişi) <input type="checkbox"/> Çalışan / Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Tedarikçi Yetkilisi <input type="checkbox"/> Tedarikçi Çalışanı <input type="checkbox"/> Aday Çalışan / Aday Stajyer <input type="checkbox"/> İş Ortağı <input type="checkbox"/> Potansiyel Ürün veya Hizmet Alan Kişi ( İşlem Yaptırmayan Sadece Bilgi Alan Kişi) <input type="checkbox"/> Çevirim İçi Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Diğer.....		
<b>2</b>	Şirket ile iletişimde olduğunuz; Kişi : ..... Konu: .....		
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışanım: <input type="checkbox"/> Eski Çalışanım: <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">İşe Giriş Tarihi: ..... İşten Çıkış Tarihi: .....</div> <input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım (Tarih.....) <input type="checkbox"/> Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım (Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz.....) <input type="checkbox"/> İSG Uzmanı / İşyeri Hekimi      (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Danışman      (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Yetkili Servis Çalışanı      (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Diğer      (Firma İsmi:.....)		

**Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki isteminizi detaylı olarak belirtiniz.**

**Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:**

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

İşbu başvuru formu, Derma Sağlık Hizmetleri Turizm Ticaret Pazarlama Sanayi Limited Şirketi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Derma Sağlık Hizmetleri Turizm Ticaret Pazarlama Sanayi Limited Şirketi tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Derma Sağlık Hizmetleri Turizm Ticaret Pazarlama Sanayi Limited Şirketi ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Derma Sağlık Hizmetleri Turizm Ticaret Pazarlama Sanayi Limited Şirketi söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmemektedir.

**Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi) nin;**

**Adı Soyadı:**

**Başvuru Tarihi:**

**İmza:**